『取得接近調査書』

（資格取得直後の請求の場合）

※記入例につきましては当組合ホームページをご覧ください。
※取得した個人情報は、保険給付金支給決定の目的以外には利用いたしません。
※必要に応じ、右記の記載項目以外にも確認をお願いする場合があります。

被保険者証記号・番号	―	被保険者氏名	
被保険者住所	〒 TEL		
入社日	S ・ H 年 月 日		
採用時の健康状態	健康診断の有無： 有 ・ 無 「無」の場合の健康状態（ ）		
入社前の勤務歴	※入社日と①の間の期間が空いている場合は、その時に加入していた保険にレ印をつけてください。 ☐ 国民健康保険（市区町村名 ） ☐ 健康保険未加入 ☐ 健康保険被扶養者（健康保険組合・協会けんぽ加入） ☐ 健康保険任意継続被保険者（健康保険組合・協会けんぽ加入）		
	① 勤務先の名称： 勤務した期間：S・H 年 月 日 ～ S・H 年 月 日 保険者（健康保険組合等）の名称： 健康保険被保険者証の記号・番号：		
	※①の勤務した期間が１年未満の場合は前々歴を②↓にご記入ください。		
	② 勤務先の名称： 勤務した期間：S・H 年 月 日 ～ S・H 年 月 日 保険者（健康保険組合等）の名称： 健康保険被保険者証の記号・番号：		
病歴	入社日以前の傷病手当金の受給の有無について １．受給歴有り → 傷病名（ ） 受給期間（H 年 月 日 ～H 年 月 日） 受給時の保険者（ ①と同じ ・ ②と同じ ・ ①②以外 ） ※「①②以外」の場合は下記に保険者名、記号番号を記入してください。 保険者（健康保険組合等）の名称： 健康保険被保険者証の記号・番号： ２．受給歴無し		
今回の傷病の初診日	平成 年 月 日		

上記のとおり、相違ありません。

平成 年 月 日

被保険者氏名 ㊞

関東ＩＴソフトウェア健康保険組合
（平成27.11改）